

Palliative Care Konzept

Lindernde und unterstützende Betreuung und Pflege
für betroffene Bewohnerinnen und Bewohner der Stiftung VitaTertia



Wertschätzende Integration der nahen Bezugspersonen

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	4
1.1	Definition von Palliative Care.....	4
1.2	Zielgruppe	4
1.3	Kernkompetenzen	5
1.4	Palliative Care Leistungsangebot	6
2	Verlauf von Palliative Care Situationen	6
2.1	Allgemeine Palliative Care.....	6
2.2	Beginn der Palliative Care in der Stiftung VitaTertia	7
2.3	Wechsel zu spezialisierter Palliative Care	7
3	Palliative-Care-Prozess nach dem SENS-Modell	9
3.1	Symptom-Management	10
3.1.1	Symptomfassung:	10
3.1.2	Symptom-Management	10
3.1.3	Dokumentation	11
3.2	Entscheidungsfindung	11
3.2.1	Gesundheitliche Vorausplanung.....	11
3.2.2	Finale Phase	14
3.2.3	Dokumentation Finale Phase	14
3.2.4	Todesfall	14
3.2.5	Umgang mit dem Sterbewunsch.....	14
3.2.6	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF).....	16
3.2.7	Grundhaltung der Stiftung VitaTertia zum FVNF	16
3.3	Netzwerk – Modell für die interne und externe Zusammenarbeit	18
3.3.1	Regelung der Kompetenzen und Qualifikationen.....	19
3.4	Externe Partnerschaften.....	21
3.4.1	Kommunikationsgefässe für die Förderung interdisziplinäre Zusammenarbeit	22
3.5	Support	23
3.5.1	Unterstützung von nahen Bezugspersonen.....	23
3.5.2	Unterstützung von Mitarbeitenden.....	23
3.5.3	Kultur des Abschiednehmens	23
4	Betriebliche Strukturen für Palliative Care	24
5	Kompetenzen der Mitarbeitenden	25
6	Meilensteine für die Einführung	25
7	Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung	25
8	Impressum.....	26
9	Glossar.....	26
10	Quellenverzeichnis.....	26

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Leistungen der allgemeinen Palliative Care	7
Abbildung 2: SENS-Modell.....	9
Abbildung 3: Symptommanagement	10
Abbildung 4: Entscheidungsfindung	11
Abbildung 5: Die langzeitspezifische Gesundheitliche Vorausplanung	12
Abbildung 6: Ende des Lebens	14
Abbildung 7: Netzwerk	18
Abbildung 8: Netzwerk- Modell für interne und externe Zusammenarbeit.....	18
Abbildung 9: Support	23

1 Ausgangslage

Der Stiftungsrat der Stiftung VitaTertia legte in der Strategie 2017 – 2020 fest, dass Palliative Care interdisziplinär im gesamten Betrieb für alle Bewohnenden angeboten werden soll.

Das Palliative Care Konzept der Stiftung VitaTertia korrespondiert mit der Nationalen Leitlinie Palliative Care Bundesamt für Gesundheit [BAG] & schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren [GDK] 2011.

Das Konzept dient als wegweisende Grundlage für die konsequente Umsetzung der allgemeinen Palliative Care, im ganzen Haus. Alle Bereiche der Stiftung VitaTertia – einschliesslich Pflege und Betreuung, Küche, Service, Hauswirtschaft, Technischer Dienst, Administration, Aktivierung sowie das freiwillige Personal arbeiten interdisziplinär und interprofessionell zusammen, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten.

1.1 Definition von Palliative Care

Palliative Care umfasst die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird frühzeitig in die Betreuung integriert, um bestmöglich auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor und gewährleistet eine der Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. Auch die nahen Bezugspersonen werden in diesem Prozess angemessen unterstützt (BAG & GDK, 2011, S. 8).

Die oben aufgeführte Definition der nationalen Leitlinien des BAG gilt in der Stiftung VitaTertia als Grundsatz. Im spezifischen Kontext der Stiftung VitaTertia wird Palliative Care folgendermassen ergänzt und konkretisiert:

In der Stiftung VitaTertia wird Palliative Care nach dem ganzheitlichen, personenzentrierten Ansatz gelebt. Dabei stehen die Haltung sowie die Lebensqualität, Autonomie und Würde im Mittelpunkt. Die Palliative Care in der Stiftung VitaTertia orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen der Betroffenen, die systematisch gemäss dem SENS-Modell erfasst werden. Dies betrifft Bewohnende mit einer lebensbedrohlichen und/oder fortschreitenden Krankheit, die sich entweder vorausschauend mit dem Lebensende auseinandersetzen oder sich bereits in der letzten Lebensphase befinden (BAG & GDK, 2015, S. 9).

Die palliative Betreuung in der Stiftung VitaTertia wird stets durch ein interprofessionelles Team und unter Einbezug der Angehörigen durchgeführt.

1.2 Zielgruppe

In der Stiftung VitaTertia wird für Bewohnende im stationären Setting der Häuser Gerbhof und Weiher allgemeine Palliative Care angeboten, welche auf dem SENS-Modell basiert.

Dieses Angebot richtet sich an Bewohnende, mit einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit. Charakteristisch für diese Bewohnenden ist die Einschränkung der alltäglichen Aktivitäten, der Lebensqualität sowie eine prognostizierte Verkürzung der Lebenserwartung.

Die Bewohnenden treten häufig im fortgeschrittenen Alter in die Stiftung VitaTertia ein. Häufig leiden sie bereits bei Eintritt unter fortgeschrittener Gebrechlichkeit (frailty) sowie chronischen Krankheiten, wie kardiovaskulären-, atemwegs-, und neurodegenerativen Erkrankungen. Viele von ihnen sind zudem von Multimorbidität betroffen. Gemäss ihren Patientenverfügungen wünschen die meisten unserer Bewohnenden den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen und streben eine Vermeidung von Spitalaufenthalte an.

Darüber hinaus nimmt die Stiftung VitaTertia auch Menschen auf, die sich bereits in der Sterbephase befinden und für ihre letzten Tage in einer geschützten Umgebung umfassende Pflege und Betreuung wünschen.

Die Stiftung VitaTertia legt grossen Wert darauf, dass sich die betroffene Person sowie ihr soziales Umfeld in jeder Hinsicht gut aufgehoben fühlen. Angehörige haben die Möglichkeit rund um die Uhr anwesend zu sein und werden dabei kostenlos gepflegt. Auf Wunsch werden sie bei der Pflege und Betreuung der sterbenden Person miteinbezogen bis hin zum Herrichten nach dem Exitus.

1.3 Kernkompetenzen

Die Kernkompetenzen der Stiftung VitaTertia liegen in der allgemeinen Palliative Care Betreuung im Setting der Langzeitpflege. Dabei steht die Linderung von Leiden und das Ernstnehmen von Ängsten im Mittelpunkt. Gleichzeitig achten die Mitarbeitenden darauf, dass der Fokus nicht ausschliesslich auf die Symptome gerichtet wird, sondern auch auf den Umgang mit der Krankheit und die Erhaltung der Lebensqualität.

Die folgenden Grundwerte und Prinzipien verdeutlichen die Kernkompetenzen der Stiftung VitaTertia.

Die Stiftung VitaTertia orientiert sich an den Nationalen Leitlinien Palliative Care festgelegten Werten (BAG & GDK, 2011, S. 8 - 14). Bei der täglichen Arbeit – an Rapporten sowie Kulturtagen - setzen wir uns kontinuierlich mit diesen Grundwerten auseinander, um ein gemeinsames Verständnis zu fördern.

Selbstbestimmung und Einzigartigkeit

Die Stiftung VitaTertia legt grossen Wert darauf, die Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohnenden so lange wie möglich zu wahren. Das interprofessionelle Team geht auf die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnenden, sowie die ihrer nahen Bezugspersonen ein und integriert diese in den individuellen Behandlungsplan.

Würde

Alle Bewohnenden in der Stiftung VitaTertia erfahren eine Betreuung und Behandlung, die von Respekt und Akzeptanz geprägt ist. Dabei werden ihre persönlichen, spirituellen, kulturellen und religiösen Werte berücksichtigt.

Akzeptanz von Krankheit

Das interprofessionelle Team wägt die Behandlungsmassnahmen sorgfältig ab, orientiert sich dabei an den Patientenverfügungen sowie den individuellen Wünschen der Bewohnenden. Nach Möglichkeit und Wunsch werden die nahen Bezugspersonen in diesen Prozess miteinbezogen.

Sterben und Tod als Bestandteil des Lebens

In der Stiftung VitaTertia wird die Endlichkeit des menschlichen Lebens als grundlegendes Prinzip der Palliative Care anerkannt. Die Bewohnenden erhalten dabei einfühlsame Unterstützung, um diesen Lebensabschnitt in Würde zu gestalten.

Gleichbehandlung aller Menschen

In der Stiftung VitaTertia erfahren alle Bewohnenden eine gleichwertige Behandlung – unabhängig von Geschlecht, Alter, sozialem und finanziellem Status, Herkunft, kulturellem Hintergrund oder religiöser Zugehörigkeit.

Interprofessionelle Vernetzung und Kontinuität

Die interprofessionelle Zusammenarbeit bildet ein zentrales Element der Palliative Care. In der Stiftung VitaTertia trägt die gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung der verschiedenen Berufsgruppen zu einer guten Zusammenarbeit bei. Ein regelmässiger Informationsaustausch zwischen

den verschiedenen Fachkräften, wie beispielsweise Ärzten, Therapeuten, Seelsorgenden und Pflegenden ist von grosser Bedeutung und wird durch regelmässige Visiten, Telefonate und Mailverkehr aktiv gepflegt. Die Leitung Palliative Care engagiert sich im regionalen Palliative Care Forum Tannenberg und nimmt zweimal jährlich am Interprofessionellen Netzwerktreffen Langzeitpflege und Palliative Care teil, dass von palliative.ch organisiert wird. Zudem werden Veranstaltungen zum Thema Palliative Care besucht. Besonders wertvoll ist die enge Zusammenarbeit zwischen der Stiftung VitaTertia, anderen Pflegeheimen, dem Forum Stadt St.Gallen sowie Palliative Ostschweiz.

Offene und angemessene Kommunikation

Eine einfühlsame, ehrliche und offene Kommunikation sowie Transparenz, ist eine wichtige Grundhaltung in der Stiftung VitaTertia.

Unterstützung bei Entscheidungsprozessen

Die Bewohnenden in der Stiftung VitaTertia werden durch ihre pflegerischen Bezugspersonen und/oder der beteiligten Professionen gemäss Netzwerk im Entscheidungsprozess unterstützt, auf Wunsch werden nahe Bezugspersonen miteinbezogen.

Multidimensionalität

Im Palliative-Care-Prozess der Stiftung VitaTertia werden gemäss dem SENS-Modell die körperlichen, psychischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Aspekte ganzheitlich berücksichtigt und integriert.

1.4 Palliative Care Leistungsangebot

Alle Bewohnenden der Stiftung VitaTertia sollen eine qualitativ hochstehende palliative Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase, sowie in körperlicher, psychosozialer, kultureller und spiritueller Hinsicht eine hohe Lebensqualität erfahren dürfen. Dazu gehören vor allem das Ernstnehmen der psychischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse und die Gestaltung eines Umfeldes, das den Menschen am Lebensende individuell entspricht. Menschen sollen auch im Kontext der Langzeitpflege Rahmenbedingungen erleben, die ein Sterben in Würde ermöglichen. Wichtig ist zudem der Einbezug der Angehörigen und vertrauten Bezugspersonen, die für die im Heim lebende Person von Bedeutung sind. Sie sollen uneingeschränkt begleitend da sein können, besonders auch in der Sterbephase. Sie benötigen gleichzeitig selbst frühzeitige Aufmerksamkeit, Beratung und Begleitung, sofern sie diese wünschen (Curaviva, 2011, S. 4).

2 Verlauf von Palliative Care Situationen

2.1 Allgemeine Palliative Care

Die Stiftung VitaTertia bietet allgemeine Palliative Care in der Langzeitpflege an.

Die Kernleistungen der allgemeinen Palliative Care basieren auf dem SENS-Modell und umfassen Symptommanagement, Entscheidungsfindung, finale Phase, Netzwerk, Support.

Palliative Care in der Langzeitpflege beginnt oft früh im Krankheitsverlauf, insbesondere bei Menschen mit chronischen oder fortschreitenden Erkrankungen. Ziel ist es, die Symptome zu lindern, die Lebensqualität zu erhalten und eine vorausschauende Planung zu ermöglichen.

Laut den Empfehlungen des BAG beginnt die allgemeine Palliative Care, sobald eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird oder eine fortschreitende Verschlechterung der Gesundheit absehbar ist. Dies ermöglicht eine frühzeitige Unterstützung und Begleitung der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen.

Die «allgemeine Palliative Care» unterscheidet sich von der «spezialisierten Palliative Care» durch die unterschiedlichen Bedürfnisse (BAG & GDK, 2014, S. 9-11). Deshalb wird in der Stiftung VitaTertia bereits vor einem Eintritt abgeklärt, ob eine adäquate allgemeine Palliative Care innerhalb

unserer Einrichtung möglich ist. Eine vorausschauende Abklärung hilft, unnötige Übertritte in eine spezialisierte Palliative Care oder ins Spital zu vermeiden. Diese Einschätzungen erfolgen in Zusammenarbeit mit der Gästebetreuung, der Palliative Care Verantwortlichen oder den Teamleitungen. Gemeinsam mit der zuweisenden Stelle wird besprochen, welche Betreuungsmassnahmen erforderlich und sinnvoll sind. Anschliessend wird interprofessionell geprüft, ob und in welchem Umfang die Leistungen innerhalb der Stiftung VitaTertia erbracht werden können. Dabei ist das Ziel der Stiftung VitaTertia, den Bewohnenden zu ermöglichen ihre letzte Lebensphase bei uns zu verbringen und bei uns zu bleiben.

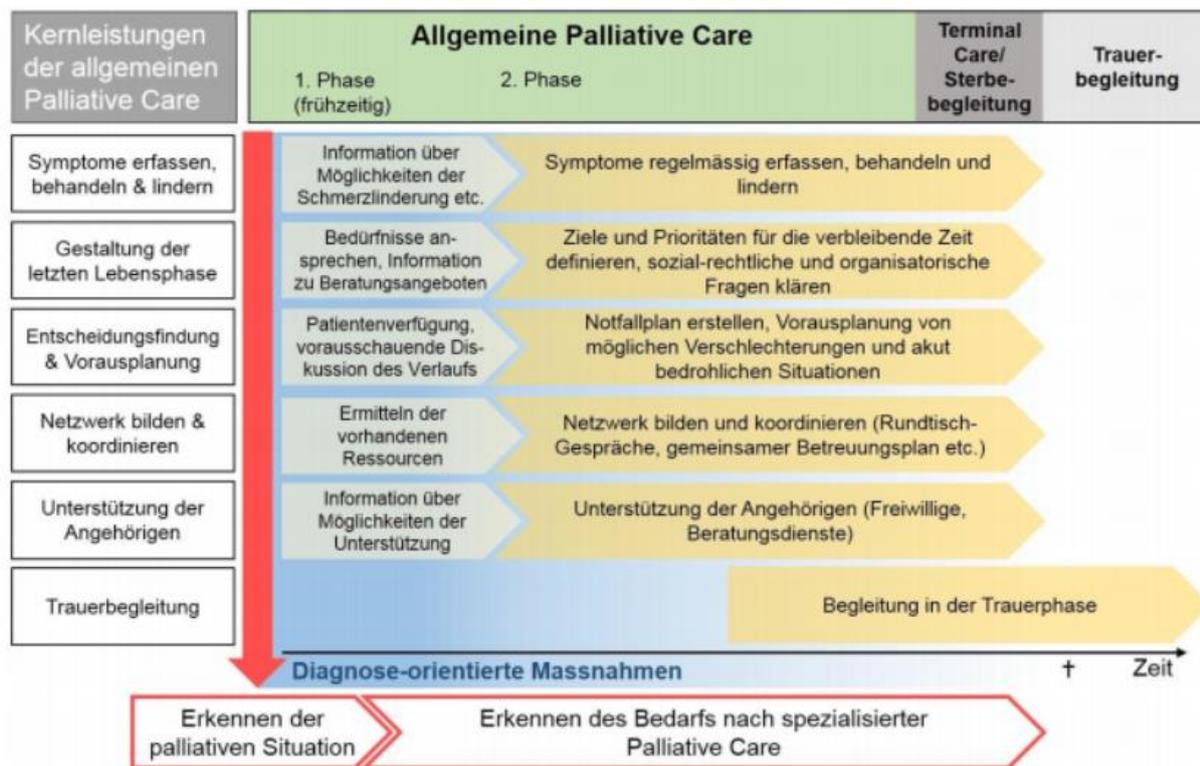


Abbildung 1: Leistungen der allgemeinen Palliative Care
Anmerkung: (BAG & GDK, 2014, S. 19)

2.2 Beginn der Palliative Care in der Stiftung VitaTertia

In der Stiftung VitaTertia beginnt die Palliative Care häufig bereits beim Eintritt, bedingt durch bestehende Erkrankungen und Multimorbidität (frailty). Daher stehen bei Eintritt das Symptommanagement und die Entscheidungsfindung im Fokus. Sofern erforderlich und gewünscht werden die Bewohnenden und deren Angehörige dabei unterstützt. Das Ziel ist es, Symptome zu lindern, die Lebensqualität zu erhalten und eine vorausschauende Planung zu ermöglichen.

2.3 Wechsel zu spezialisierter Palliative Care

Die «spezialisierte Palliative Care» zeichnet sich durch Instabilität und einen höheren Komplexitätsgrad bezüglich der Bedürfnisse der Bewohnenden aus. Dies betrifft sowohl die körperliche als auch die psychische, soziale und spirituelle Dimension. Der Übergang der beiden Ansätze kann fließend aber auch wechselnd sein. Dabei sind die nahen Bezugspersonen im Sinne eines partnerschaftlichen Ansatzes während der gesamten Dauer der Betreuung und Behandlung involviert (BAG & GDK, 2014, S. 9-11).

Wann die Behandlung ihre Grenzen erreicht, hängt in erster Linie von den strukturellen Gegebenheiten des behandelnden Settings ab. Darüber hinaus spielt auch die Grundhaltung der Behandelnden, das Funktionieren des Netzwerks und die Unterstützung durch nahe Bezugspersonen eine Rolle. Ob Bewohnende eine spezialisierte Palliative Care benötigen, hängt nicht von bestimmten Diagnosen ab, vielmehr von den spezifischen Bedürfnissen in somatischer, psychischer, sozialer, organisatorischer und spiritueller Hinsicht. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 20% der betroffenen Menschen spezialisierte Palliative Care benötigen, während die übrigen im Rahmen der Grundversorgung behandelt werden können (BAG & GDK, 2016, S. 5-6).

In der Stiftung VitaTertia wird die allgemeine Palliative Care angeboten. Für Menschen mit einer komplexen akuten Symptomatik, einer insgesamt sehr instabilen Krankheitssituation oder anderen Problemen erfordert es eine spezialisierte Palliative Care, die ein höheres Kompetenzniveau und spezifisches Fachwissen voraussetzt. Tritt bei uns eine solch komplexe Situation auf, wird zunächst geprüft, ob eine Versorgung mit Unterstützung des Palliativen Brückendienstes möglich ist. Sollte die Situation so komplex sein, dass sie in der Stiftung VitaTertia nicht mehr angemessen bewältigt werden kann und eine spezialisierte Palliative Care erforderlich ist, wird eine Verlegung in ein Spital oder das Hospiz geplant. Die Kriterien für eine komplexe Palliative Situation in der Stiftung VitaTertia wurden in Anlehnung an die Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care vom BAG und GDK definiert:

Belastende und **komplexe Symptome oder Symptomgruppen**, wie beispielsweise komplexe Schmerzen, Dyspnoe oder Nausea können im Rahmen der Grundversorgung oft nicht ausreichend behandelt werden. Sie erfordern mitunter spezialisierte (pflege-) technische Massnahmen, wie Verabreichung von palliativen Chemotherapien, Blutderivate oder intravenöse Therapien – Leistungen, die in der Stiftung VitaTertia nicht angeboten werden.

Treten solch komplexe Symptome auf, welche wir in der Stiftung VitaTertia trotz enger Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Fachpersonen, einem guten Betreuungsplan, dem Einsatz verordneter palliativer Reservemedikation und eines Notfallplans nicht angemessen kontrollieren lassen, wird eine weiterführende Lösung gesucht.

Ein weiteres entscheidendes Kriterium ist die **Notwendigkeit einer gezielten Beratung für Bewohnende und nahen Bezugspersonen**, symptomatische Krisen wie Atemnot oder Blutungen zu bewältigen oder besondere Herausforderungen in der Behandlung zu meistern.

Psychische Krisen von Bewohnenden, die trotz Unterstützung durch eine externe psychiatrische Fachperson, der Seelsorge sowie dem behandelnden ärztlichen Fachpersonal nicht erfolgreich behandelt werden können. Dies betrifft auch Bewohnende, bei denen eine Selbst- oder Fremdgefährdung Bestehend ist.

Wenn innerhalb von sechs Monaten aufgrund eines weit fortgeschrittenen Leidens das Behandlungsteam an seine Grenzen stösst und dadurch mehr als **zwei Notfall-Hospitalisationen** erforderlich waren.

Wenn es zu **Konflikten über die Zielsetzung therapeutischer Massnahmen** zwischen dem Behandlungsteam und den Bewohnenden oder ihren nahen Bezugspersonen kommt und diese trotz multiprofessioneller Rundtischgespräche oder Fallbesprechungen in der Stiftung VitaTertia nicht gelöst werden können, wird eine weiterführende Klärung erforderlich.

Diese Kriterien können den Übergang in die spezialisierte Palliative Care erforderlich machen. Da keine Situation mit einer anderen vergleichbar ist, bleiben diese Kriterien variabel und werden durch neue Situationen laufend angepasst (BAG & GDK, 2016, S. 11-14).

Der Wechsel in die spezialisierte Palliative Care wird gemeinsam mit den Bewohnenden und ihren nahen Bezugspersonen geplant und auf Wunsch organisiert.

3 Palliative-Care-Prozess nach dem SENS-Modell

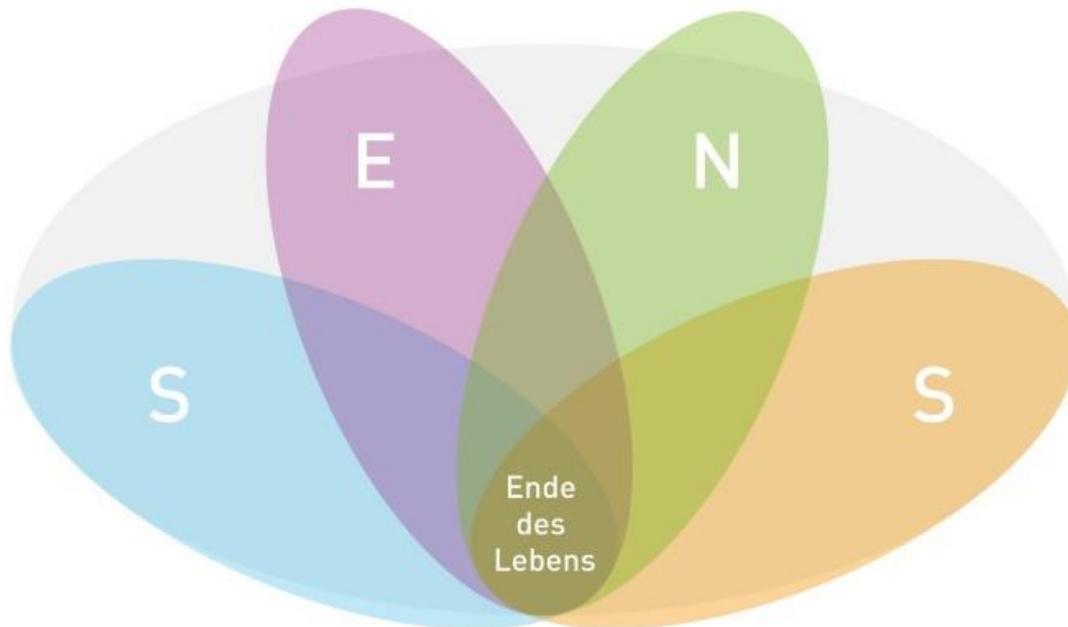


Abbildung 2: SENS-Modell
Anmerkung. (Eychmüller 2014, S.1)

SENS ist ein von palliative.ch anerkanntes Modell, das als Strukturhilfe für die Bewältigung komplexer Fragestellungen in der Palliative Care dient. Dabei werden die Inhalte der Palliative Care in einer einfachen verständlichen Struktur dargestellt. Ziel ist es, die Bedürfnisse, Symptome und Probleme der Bewohnenden und deren Angehörigen gezielt zu erfassen, um darauf abgestimmte Massnahmen abzuleiten. So wird auch in schwierigen Situationen eine bestmögliche Lebensqualität gewährleistet. Die Buchstaben SENS stehen für: **S**ymptommanagement, **E**ntscheidungsfindung, **N**etzerkennung und **S**upport (Rogner, Sommerauer & Linsi, ohne Datum).

In der Stiftung VitaTertia ist der Prozess der Palliative Care nach dem SENS-Modell aufgebaut. Die dazugehörige Grafik verdeutlicht, die Vielseitigkeit Palliative Care. Eine gute und Individuelle Palliative Care wird durch den Einbezug der verschiedenen Elemente ermöglicht.

Zur Einschätzung des Palliative-Care-Bedarfs wird das Instrument «Einschätzung Palliative Care Bedarf nach SENS für Allgemeine Palliative Care und Langzeitpflege (EPS)» eingesetzt. Es bietet einen ganzheitlichen Blick und ist die Grundlage für die Definition von Behandlungszielen sowie der Planung von zielführenden Massnahmen. Um eine optimale Gestaltung der letzten Lebensphase zu realisieren, soll die Identifizierung des Bedarfs möglichst frühzeitig erfolgen. Das EPS-Formular wird schrittweise über einen bestimmten Zeitraum hinweg ausgefüllt und laufend aktualisiert. Die jeweiligen Zeitabschnitte sind im EPS ersichtlich. Ergänzend zum EPS als Hilfsmittel zur Identifizierung des Palliative-Care-Bedarfs nutzen wir unseren hausinternen Palliative-Care-Prozess, der wie das EPS auf dem SENS-Modell basiert. Dort sind Assessmentinstrumente, Formulare, Leitfäden, Checklisten, Arbeitsanweisungen sowie Empfehlungen abgelegt, die im Kontext der Palliative Care erforderlich sind. Folgend wird der Prozess der Stiftung VitaTertia gemäss SENS beschrieben (Rogner, Sommerauer & Linsi, ohne Datum).

3.1 Symptom-Management



Symptom-Management

Beste Möglichkeiten der Symptombehandlung und Empowerment zur Selbsthilfe in der Symptombehandlung.

Abbildung 3: Symptommanagement

Anmerkung. palliative ostschweiz, ohne Datum

3.1.1 Symptomerfassung:

Zwischen dem zweiten und dem siebten Tag nach dem Eintritt wird als Hilfsmittel «Einschätzung Palliative Care Bedarf nach SENS» (EPS) von der zuständigen Pflegefachperson eingesetzt. Im Rahmen eines ersten Gesprächs nach dem Eintritt wird, das im EPS integrierte, validierte «Edmonton Symptom Assessment System» (ESAS) genutzt, um mögliche Symptome systematisch zu erfassen, welche auch im International Resident Assessment Instrument (interRAI) abgebildet werden. Das ESAS ist ein einfach verständliches Assessmentinstrument und deckt die bio-, psycho-, soziale und spirituelle Dimension ab. Es hilft, symptomatische Schwerpunkte bereits beim Eintrittsgespräch festzustellen. Ebenso können schon bekannte Informationen zur Entscheidungsfindung eingefügt werden. Liegt die ESAS-Einschätzung bei einem oder mehreren Punkten bei fünf oder höher, muss dies detailliert in der Pflegedokumentation begründet werden. Bei einer Punktzahl von sieben oder mehr wird für das entsprechende Symptom eine individuelle Pflegeplanung erstellt, wobei die im hausinternen Prozess hinterlegten Assessment-Instrumente verwendet werden können.

Zur Identifizierung spiritueller Leiden und möglicher spiritueller Bedürfnisse ist im Prozess das Indikationen-Set verlinkt, welches bei hausärztlichen Visiten beigezogen werden kann. Bei Verdacht auf spirituelles Leiden oder besondere Bedürfnisse besteht die Möglichkeit, Unterstützung durch den seelsorgerischen Dienst von Andy Givel oder den Palliative Brückendienst beizuziehen. Der Palliative Brückendienst verfügt über zwei speziell ausgebildete Fachpersonen zum Thema Spiritual Care (Rogner, Sommerauer & Linsi, ohne Datum).

3.1.2 Symptom-Management

Der hausinterne Palliative-Care-Prozess gliedert das Symptom-Management in Hauptsymptome und weitere Symptome. Folgende sieben Symptome wurden als **Hauptsymptome** festgelegt, da sie in der letzten Lebensphase am häufigsten auftreten:

Schmerzen, Unruhe, Dyspnoe, Nausea und Erbrechen, Obstipation, terminales Rasseln sowie spirituelle Nöte. Zu diesen Symptomen stehen Assessmentinstrumente, Empfehlungen und / oder Leitfäden zur Verfügung, welche von der Fach- und Koordinationsstelle Palliative Care Stadt St. Gallen erstellt und von Palliative Ostschweiz empfohlen wurden.

Für die **weiteren Symptome**, einschliesslich **Müdigkeit / Fatigue, Beschwerden im Mundbereich und eingeschränkter Nahrungsaufnahme**, stehen sowohl Assessmentinstrumente als auch Handlungsempfehlungen zur Verfügung.

Zur Unterstützung der Pflegefachpersonen bei der Symptomerfassung wurden für die Hauptsymptome Flow-Charts entwickelt, welche den jeweiligen Prozess abbilden. Dieser zeigt den entsprechenden Prozessablauf, einschliesslich der fortlaufend einzuleitenden Schritte und der einzusetzenden Assessmentinstrumente. Die Verantwortung für das Symptom-Management liegt bei der tagesverantwortlichen Pflegefachperson und/oder der Bezugsperson in Zusammenarbeit mit dem hausärztlichen Fachpersonal. Die Assessmentinstrumente werden durch die Pflegefachpersonen in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem Pflegeteam durchgeführt. Die Ergebnisse werden mit dem Hausarzt, der Hausärztin und anderen relevanten Personen, wie der Seelsorge besprochen.

Die Verordnung von (Reserve-) Medikation erfolgt ausschliesslich durch den Hausarzt, die Hausärztin und wird dem Pflegeteam in schriftlicher Form übergeben.

3.1.3 Dokumentation

Das EPS wird vor dem Eintritt vorbereitend ausgedruckt. Die verantwortliche Pflegefachperson nimmt das im EPS enthaltene ESAS-Assessment zum Gespräch mit, welches zwischen dem zweiten und dem siebten Tag durchgeführt wird und füllt es gemeinsam mit den Bewohnenden und/oder den Angehörigen aus. Innerhalb von zwei bis vier Wochen führt die zuständige Pflegefachperson zu den im ESAS abgefragten Punkten mit gezielten Fragen eine IST-Einschätzung durch. Die Evaluation findet nach sechs Monaten oder nach Bedarf, wie beispielsweise nach einem Spitalaufenthalt oder Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes früher statt. Die erste Einschätzung wird in blauer Farbe dokumentiert, während die zweite Einschätzung auf demselben Ausdruck mit roter Farbe festgehalten wird.

Die Flow-Charts sowie die Einschätzungen durch die Assessmentinstrumente wird auf ausgedruckten Exemplaren durchgeführt, die im Stationszimmer aufliegen. Werden Medikamente aus der Reserve verabreicht, wird dies in der Pflegedokumentation festgehalten und gegebenenfalls zusätzlich im entsprechenden Assessmentinstrument vermerkt. Ist wie im Fall von Übelkeit und Erbrechen kein Assessmentinstrument vorhanden, wird die Dokumentation gemäss Flow-Chart in der Pflegedokumentation festgehalten, die dokumentierten Informationen werden an das hausärztliche Personal weitergeleitet.

3.2 Entscheidungsfindung



Entscheidungsfindung

Definition der eigenen Ziele und Prioritäten, schrittweise, selbstgesteuerte Entscheidungsfindung und präventive Planung für mögliche Komplikationen.

Abbildung 4: Entscheidungsfindung
Anmerkung. palliative ostschweiz, ohne Datum

3.2.1 Gesundheitliche Vorausplanung

Um eine ganzheitliche und umfassende Palliative Care zu gewährleisten, ist es wichtig, wesentliche Entscheidungen bereits vor dem Eintritt der terminalen Phase oder dem Beginn einer neurodegenerativen Erkrankung zu treffen. Dies ermöglicht den Pflegenden und anderen Versorgenden, in der finalen Phase individuell auf die Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen der Betroffenen einzugehen und diese gezielt in die Pflege und Betreuung zu integrieren.

Die Gesundheitliche Vorausplanung (GVP) dient dazu, die persönlichen Werte und Vorstellungen hinsichtlich der Behandlung und Betreuung bei Krankheit, Unfall oder Pflegebedürftigkeit zu reflektieren, um diese bei einer möglichen Urteilsunfähigkeit, für Drittpersonen greifbar festzuhalten. Gesundheitliches Vorausplanen fördert die Selbstbestimmung und bietet Sicherheit – unabhängig von Alter und Gesundheitssituation.

In der Entscheidungsfindung ist GVP ein zentraler Punkt. Insbesondere in Situationen der Urteilsunfähigkeit ist sie für die Betreuung und Behandlung von entscheidender Bedeutung. Sie trägt dazu bei, in Situationen, in denen man nicht mehr in der Lage ist Entscheidungen zu treffen, die Autonomie zu Wahren und sicherzustellen, dass die eigenen Vorstellungen respektiert werden. Dennoch ist die Gesundheitliche Vorausplanung freiwillig. In der Stiftung VitaTertia wird respektiert, wenn Bewohnende trotz vorangegangener ausführlicher Aufklärung der daraus hervorgehenden Vorteile verzichten (Nationale Arbeitsgruppe GVP, 2023, S. 2-3).

Die nationale Arbeitsgruppe «Gesundheitliche Vorausplanung» arbeitet derzeit an einer Anleitung zur Implementierung der GVP in Alters- und Pflegeheimen. Derzeit liegt lediglich ein Entwurf vor, von dem bereits einzelne Teile ins Konzept integriert wurden. Sobald die Anleitung und die zugehörigen Dokumente veröffentlicht sind, werden wir prüfen, inwiefern die empfohlene GVP

Formulare zur Festlegung der Behandlungsintensität sowie zur Erfassung persönlicher Werte und Präferenzen in unseren Entscheidungsfindungsprozess integriert werden.

In der folgenden Grafik wird die GVP spezifisch für die Langzeitpflege konkretisiert.

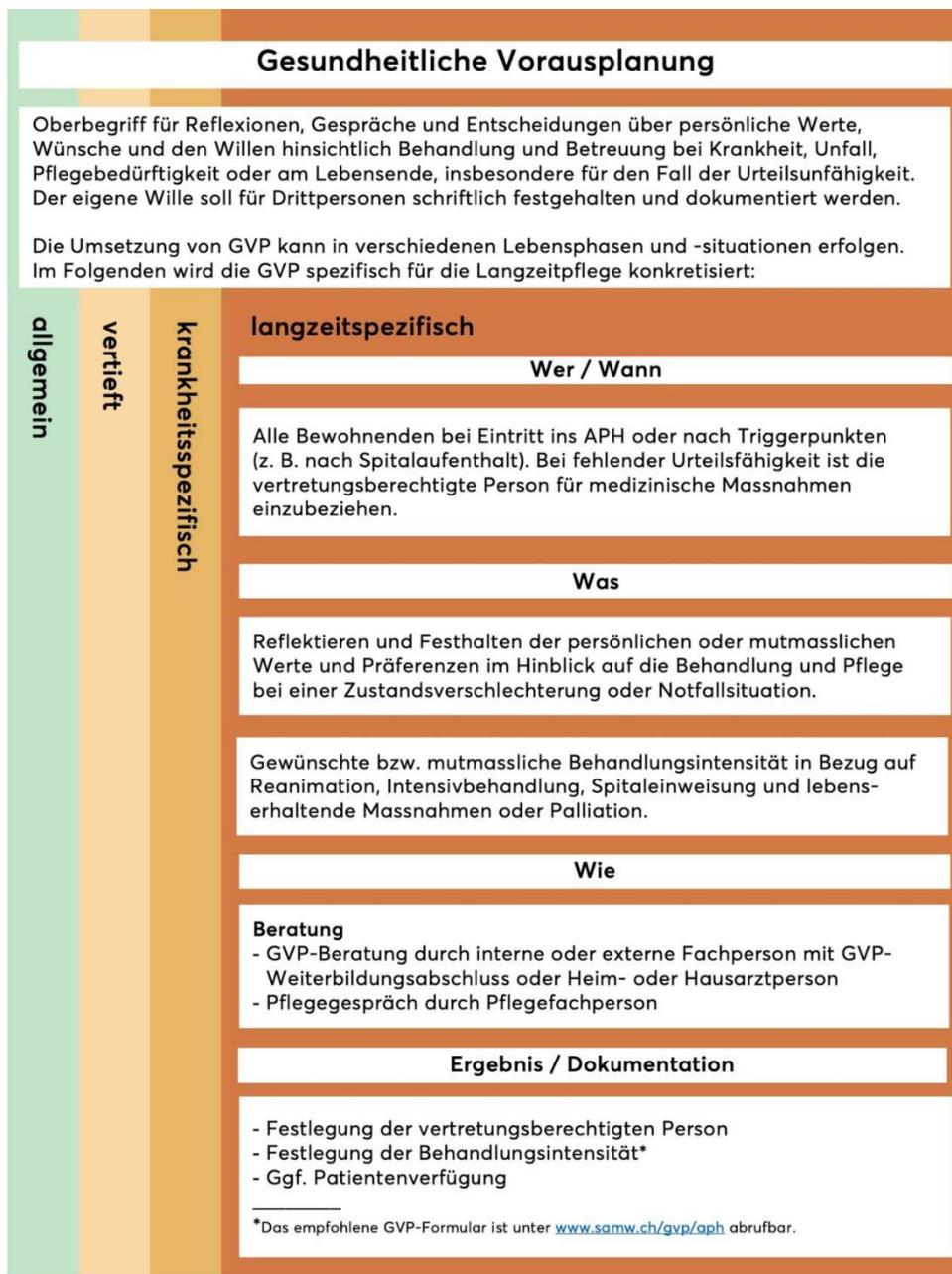


Abbildung 5: Die langzeitspezifische Gesundheitliche Vorausplanung
Anmerkung: (Nationale Arbeitsgruppe GVP, 2023, S.6)

Bezugnehmend auf die Abbildung 5: Die langzeitspezifische Gesundheitliche Vorausplanung sowie deren konkrete Umsetzung in der Stiftung VitaTertia werden nachfolgend beschrieben.

Wer/Wann

Bei Interesse an einem Zimmer oder einer Wohnung in der Stiftung VitaTertia findet mit den Interessierten ein geplanter Rundgang mit anschliessendem Gespräch statt. Unter anderem klärt die Gästebetreuung ab, ob die möglicherweise eintretende Person über eine Patientenverfügung, einen Vor-

sorgeauftrag und/oder eine juristische Vertretungsperson verfügt. Ist dies nicht der Fall, wird empfohlen eine Patientenverfügung sowie einen Vorsorgeauftrag zu erstellen. Bei Bedarf stellt die Gästebetreuung entsprechende Kontaktdaten aus unserem Netzwerk bereit. Zusätzlich unterstützen wir gerne bei der Terminvereinbarung.

Bei Eintritt überprüft die verantwortliche Pflegefachperson, welche der genannten Dokumente vorhanden sind. Diese werden in unserem Managementsystem (MMS-System) unter den Bewohnerdaten gespeichert, sodass alle Mitarbeitenden darauf zugreifen können. Zudem wird eine Kopie in Papierform im Ordner der Bewohnenden auf der Abteilung abgelegt.

Was / Wie

Bewohnende, die noch urteilsfähig sind, aber keine Patientenverfügung besitzen und eine ausfüllen möchten, bieten wir die Patientenverfügung der Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) an. Diese gibt es in einer kurzen und einer ausführlichen Version. Den Bewohnenden wird empfohlen die Patientenverfügung mit dem Hausarzt/der Hausärztin oder einer Fachperson der ProSenectute zu besprechen und mit ihnen zusammen auszufüllen. Für den Vorsorgeauftrag haben wir im Prozess eine Vorlage hinterlegt. Auf Wunsch helfen wir den Bewohnenden jemanden zu organisieren, der ihnen bei der handschriftlichen Erstellung eines Vorsorgeauftrags zur Seite steht.

Nach dem Eintritt wird die Einschätzung Palliative Care Bedarf nach SENS (EPS) ausgefüllt. Vorhandene Informationen werden bei Eintritt von der zuständigen Pflegefachperson ins EPS übertragen.

Etwa zwei Wochen nach Eintritt wird der Punkt zur Entscheidungsfindung des (EPS) zusammen mit dem/der Bewohnenden und/oder deren Angehörigen besprochen. Dabei werden Entscheide zum Thema Reanimation, Antibiose-Therapie, Verlegung ins Spital, künstliche Ernährung und Hydrierung thematisiert. Dies gibt den Pflegenden einen guten Überblick, wie sie in einer Notfallsituation handeln müssen.

Ebenfalls gehört die «Surprise Question» zur Entscheidungsfindung des EPS, welche durch die zuständige Pflegenden beantwortet wird. Diese verbalisiert das «intuitive Bauchgefühl» der Pflegenden und ist somit ein Screening-Instrument für einen Palliative Care Bedarf in den nächsten Tagen, Wochen und Monaten.

Etwa vier Wochen nach dem Eintritt erhebt die Bezugspflgende die biografischen Daten der Bewohnenden in einem persönlichen Gespräch. Ist dies aufgrund einer neurodegenerativen Erkrankung nicht möglich, werden nahe Bezugspersonen und/oder rechtlich bevollmächtigte Personen einbezogen. Das Formular «Wünsche und Bedürfnisse» wird zwischen sechs und acht Wochen nach dem Eintritt gemeinsam mit dem Bewohnenden und/oder deren Angehörigen ausgefüllt. Es haltet fest welche pflegerischen Werte und Präferenzen den Bewohnenden im Hinblick auf die Finale Phase besonders wichtig sind.

Bei einem Eintritt von Bewohnenden mit einer neurodegenerativen Erkrankung in die Stiftung VitaTertia, sind die Aussagen und Informationen der Angehörigen für die Pflegenden von grosser Wichtigkeit und Bedeutung. Ist die Urteilsfähigkeit der Bewohnenden nicht mehr gegeben und können zentrale Fragen daher nicht mehr mit ihnen selbst besprochen werden können, wird der Hausarzt oder die Hausärztin stets in die Entscheidungsfindung einbezogen.

Bei Bedarf werden die genutzten Formulare im Verlauf angepasst. Der Prozess der Entscheidungsfindung ist im Flow-Chart Gesundheitliche Vorausplanung abgebildet.

Alle Dokumente sowie Formulare werden in der Stiftung VitaTertia eingescannt und im MMS-System unter Bewohnerdaten abgespeichert, sodass diese Informationen für alle Mitarbeitenden zugänglich sind.

Ergebnis / Dokumentation

Erfassen der Wünsche und Bedürfnisse im entsprechenden Formular.
Entscheidung zur Behandlungsintensität im EPS ist dokumentiert.

Für die Stiftung VitaTertia bedeutet Gesundheitliche Vorausplanung, dass die Bewohnenden ihre individuellen Werte, Wünsche und Vorstellungen über das Leben und den Tod festhalten können. Dadurch können wir die Betreuung und Behandlung am Lebensende individuell auf die Bewohnenden anpassen. Hierfür stehen aktuell folgende Instrumente zur Verfügung:

- Patientenverfügung FMH kurze sowie auch ausführliche Version
- Vorsorgeauftrag
- Wünsche und Bedürfnisse



Ende des Lebens

Hat seine eigenen Herausforderungen, die sowohl das Symptom-Management, die Entscheidungsfindung, das Netzwerk und den Support betreffen. Die Entscheidungsfindung wird jedoch meist als am schwerwiegendsten empfunden.

Abbildung 6: Ende des Lebens
Anmerkung: palliative ostschweiz, ohne Datum

3.2.2 Finale Phase

Um zu beurteilen, ob sich jemand in der finalen Phase befindet, kann die verantwortliche Fachperson bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes das Formular «Einschätzung finale Phase» als Unterstützung nutzen. Bestätigt das Assessment, dass sich der/die Bewohnende in der finalen Phase befindet, informiert die tagesverantwortliche Pflegefachperson den zuständigen Hausarzt bzw. die Hausärztin. Bei Zustimmung zur Einschätzung, erfolgt die Verordnung der Palliativen Reservemedikation mithilfe des gleichnamigen Formulars, durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Dieses Formular wurde von Palliative Ostschweiz erstellt und ist den Hausärzten im Raum Gossau bekannt.

In der finalen Phase erfolgt die Symptomkontrolle mithilfe des Formulars «Verlaufseinschätzung finale Phase». Die Pflegefachpersonen beurteilen anhand dieses Formulars alle vier Stunden oder bei Bedarf auch häufiger, ob der/die Bewohnende unter Symptomen leidet.

Zusätzlich nimmt die tagesverantwortliche Pflegefachperson das ausgefüllte Formular «Wünsche und Bedürfnisse» zur Hand. Idealerweise sind darin die zentralen Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase detailliert beschrieben.

3.2.3 Dokumentation Finale Phase

Die Verordnung der palliativen Reservemedikation wird in die Bewohnenden-Dokumentation übertragen, sodass alle Pflegefachpersonen jederzeit darauf zugreifen können. Bei Verabreichung der Reservemedikation wird dies ebenfalls in der Patientendokumentation dokumentiert, einschliesslich der verabreichten Dosis, Beschreibt die Indikation der Verabreichung sowie deren Wirkung auf die Symptomatik.

Das Formular «Verlaufseinschätzung finale Phase» wird ausgedruckt und im Stationszimmer hinterlegt, sodass alle Pflegefachpersonen der Abteilung jederzeit Einsicht in den Verlauf hat und diesen kontinuierlich, mindestens alle vier Stunden einschätzen kann.

3.2.4 Todesfall

Zum Todesfall sind diverse Dokumente verlinkt, welche bei einem Todesfall benötigt werden. Ebenso ist ein Flyer des Palliative Care Forums St. Gallen hinterlegt der eine Auswahl an Kontaktmöglichkeiten für die Trauerbegleitung und Abschiedszeremonien in der Stadt St. Gallen und Umgebung enthält.

3.2.5 Umgang mit dem Sterbewunsch

Auch wenn die Suizidhilfe nur einen kleinen Teil der möglichen Entscheidungen am Lebensende betrifft, ist sie ein hochaktuelles Thema. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissen-

schaften (SAMW) geht davon aus, dass ärztliche Fachpersonen zunehmend mit dem Thema Suizidhilfe konfrontiert werden – nicht zuletzt, weil die Anzahl assistierter Suizide in den vergangenen Jahren zugenommen hat. Umso wichtiger sind deshalb berufsethische, die den aktuellen Gegebenheiten Rechnung tragen. Eine Tabuisierung des Themas ist nicht zielführend (SAMW, 2018).

Als Langzeitinstitution haben wir uns intensiv mit der Thematik des assistierten Suizids auseinandergesetzt und folgende Haltung entwickelt:

Unser vorrangiges Ziel ist es, unseren Bewohnenden das Recht zu gewährleisten, in einer fürsorglichen Umgebung sowie durch eine individuelle Pflege und Betreuung einen würdevollen, natürlichen Tod zu erleben.

Grundsätzlich vertritt die Stiftung VitaTertia die Auffassung, dass die Selbstbestimmung auch von Menschen im hohen Alter uneingeschränkt zu respektieren ist – dies schliesst das Recht ein, unter bestimmten Umständen das eigene Leben beenden zu wollen.

Gleichzeitig sind wir als Institution davon überzeugt, dass unsere vorhandenen Ressourcen sowie eine hochwertige palliative Versorgung und Betreuung die Lebensqualität unserer Bewohnenden so weit verbessern können, dass der Wunsch nach einem selbstgewählten Lebensende gar nicht erst entsteht.

Wir sehen unsere Aufgabe jedoch nicht darin, urteilsfähige Personen zu bevormunden, wenn sie frei und unbedrängt zum Entschluss gelangen, dass für sie der Tod einem Leben mit unerträglichem Leid oder massiven, dauerhaften Einschränkungen vorzuziehen ist.

Gleichwohl hält die Stiftung VitaTertia ausdrücklich an der Überzeugung fest, dass direkte aktive Sterbehilfe - also Tötung auf Verlangen durch eine ärztliche Fachperson- weiterhin gesetzlich verboten bleiben muss.

„Selbsttötung ist mehr als eine persönliche Entscheidung – sie hinterlässt Spuren in uns allen.“

Direkte, aktive Sterbehilfe gemäss Art. 114 des Strafgesetzbuches StGB:

Gemäss geltendem Recht wird die Tötung auf Verlangen – also die direkte aktive Sterbehilfe – gemäss Artikel 114 des StGB. Strafrechtlich geahndet.

Hingegen ist die indirekte aktive Sterbehilfe gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt, weder im Strafgesetzbuch noch in einem anderen Gesetz (Bundesamt für Justiz, [BJ], 2023).

Die Stiftung VitaTertia setzt alles daran, mit einer umfassenden palliativen Betreuung und Pflege dazu beizutragen, dass der Wunsch nach Suizid möglichst gar nicht erst entsteht. Im Mittelpunkt steht das Bestreben, allen Bewohnenden Zuwendung, Fürsorge und Geborgenheit erhalten und erfahren - getragen vom Engagement aller Mitarbeitenden der Stiftung VitaTertia. Das Grundrecht auf Selbstbestimmung und die Eigenverantwortung unserer Bewohnenden werden auch in Bezug auf das Lebensende respektiert. In diesem Sinne lässt die Stiftung VitaTertia grundsätzlich zu, dass leidvolles Erleben, das als unerträglich empfunden wird, eigenverantwortlich und selbstbestimmt beendet werden darf. Wünscht eine Bewohnerin oder ein Bewohner wiederholt, im klaren Bewusstsein und mit Nachdruck, den Sterbeprozess zu verkürzen, so kann dies in den Häusern der Stiftung VitaTertia ermöglicht werden. Voraussetzungen dafür sind unter anderem, dass die Bewohnerin oder der Bewohner mindestens sechs Monate in der Stiftung VitaTertia gelebt hat, an einer mehrfach diagnostizierten tödlichen Krankheit im fortgeschrittenen Stadium leidet und seit längerem einer Sterbehilfe-Organisation angehört. Die Abklärungen und Durchführung zum assistierten Suizid erfolgt durch eine externe Sterbehilfe-Organisation. Die Stiftung VitaTertia stellt dafür ihre Infrastruktur zur Verfügung, nicht aber ihr eigenes Personal.

Weitere Informationen zum Thema assistierten Suizid können der hausinternen Broschüre «Sterben und Tod – VitaTertia bezieht Position» entnommen werden.

Passive Sterbehilfe:

Bedeutet, den Verzicht auf die Aufnahme oder den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen. In der Schweiz ist passive Sterbehilfe grundsätzlich erlaubt, auch wenn sie im Strafgesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt ist (BJ, 2023).

Indirekte, aktive Sterbehilfe:

Liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung Bewusstseins trübend und atemdepressiv wirken können und dadurch eine eventuelle Herabsetzung der Lebensdauer in Kauf genommen wird. Die Ärzteschaft akzeptiert diese Form von Sterbehilfe und praktiziert sie in Ausnahmefällen. Im StGB ist diese Art der Sterbehilfe ebenfalls nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt (BJ, 2023).

Bei divergierenden Haltungen zwischen nahen Bezugspersonen und dem betreuenden Pflegepersonal wird zur Klärung und gemeinsamen Reflexion der Situation ein Rundtischgespräch einberufen.

Teilnehmende dieses Gesprächs sind:

- die zuständige Pflegefachperson
- die Palliative-Care-Verantwortliche der Stiftung VitaTertia
- die unmittelbar betroffenen Bezugspersonen
- die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt
- soweit möglich: die betroffene Person selbst

Zur fachlichen und ethischen Unterstützung kann bei Bedarf eine externe Fachperson beigezogen werden, beispielsweise im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung durch Arnd Zettler.

3.2.6 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Die Formulierung „freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken zur Beschleunigung des Lebensendes“ beschreibt die Entscheidung eines Menschen, bewusst auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, um das Lebensende herbeizuführen. Dies schliesst sowohl das ausdrückliche Ablehnen angebotener Nahrung und Getränke als auch den bewussten Verzicht auf künstlich zugeführte Ernährung und Flüssigkeit ein.

In der Fachliteratur wird dies definiert als „die Handlung einer urteilsfähigen Person, die freiwillig und bewusst beschliesst, auf Essen und Trinken zu verzichten, mit dem primären Ziel, den Tod zu beschleunigen, weil sie anhaltend unter unerträglichem Leid leidet“ (Royal Dutch Medical Association [KNMG] et al., 2024, S.11).

Da konsequenter Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit unweigerlich zum Tod führt, gilt die Betreuung solcher Menschen auch dann als palliativ, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung keine unmittelbar tödliche Erkrankung vorliegt (KNMG et al., 2024, S. 12-13).

FVNF ist ein Recht für alle entscheidungsfähigen Personen.

Die Versorgung von Bewohnenden, die sich für FVNF entscheiden, ist eine Form der palliativen Betreuung und sollte allen zugänglich sein. Menschen, die sich für FVNF entscheiden, lehnen lebensverlängernde Massnahmen ab, nicht aber die Behandlung belastender Symptome. Daher zielt die Betreuung auf eine verhältnismässige Linderung des Leidens, jedoch nicht auf Lebensverkürzung. Deshalb ist die Betreuung solcher Menschen gleichzusetzen mit der Betreuung von Personen, die eine Behandlung ablehnen. Beim Tod eines Menschen infolge von FVNF handelt es sich nicht um assistierten Suizid und wird als natürlichen Tod betrachtet (KNMG et al., 2024, S. 28-32). Detailliertere Vorgehen ist dem Leitfaden Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVNF) zu entnehmen.

3.2.7 Grundhaltung der Stiftung VitaTertia zum FVNF

Die Stiftung VitaTertia respektiert das Selbstbestimmungsrecht ihrer Bewohnenden in allen Lebensphasen – auch im Hinblick auf das Sterben. FVNF wird als Ausdruck der Selbstbestimmung anerkannt, sofern dieser Wunsch klar, reflektiert und wiederholt geäußert wird.

Der Wunsch das Lebensende durch FVNF zu beschleunigen, wurde bei uns in der Stiftung VitaTertia bis anhin noch nicht geäußert.

Beim Wunsch das Lebensende infolge von FVNF zu beschleunigen, wird sich die Stiftung VitaTertia an die hausinterne Checkliste halten. Bei Bedarf wird der Palliative Brückendienst zur beratenden Unterstützung beigezogen.

3.3 Netzwerk – Modell für die interne und externe Zusammenarbeit

N **Netzwerk**
 Aufbau eines Betreuungsnetzes unter Zusammenführung von ambulanten (Betreuung zuhause) und stationären Strukturen.

Abbildung 7: Netzwerk
 Anmerkung: palliative ostschweiz, ohne Datum

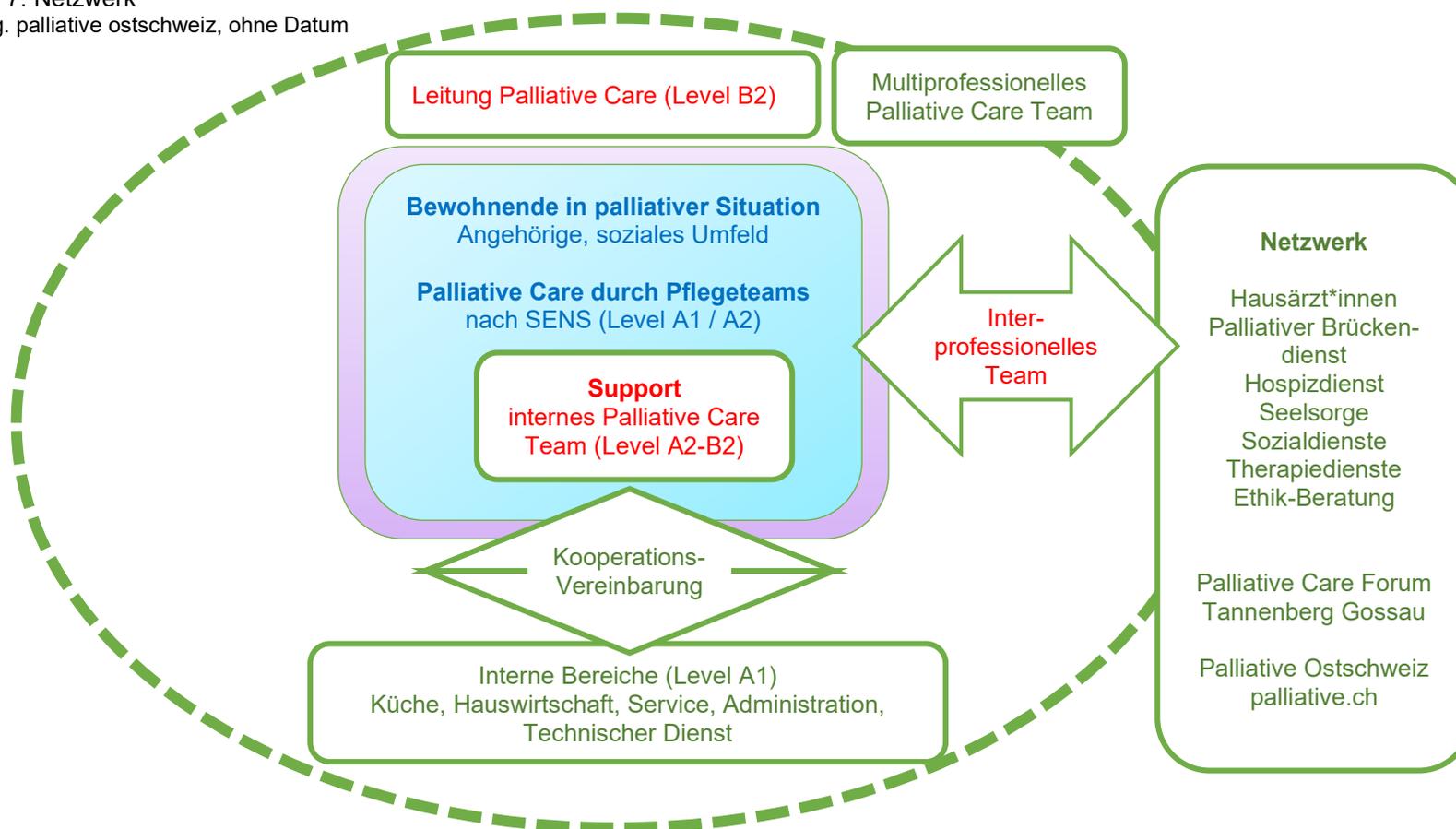


Abbildung 8: Netzwerk- Modell für interne und externe Zusammenarbeit
 Anmerkung: Eigene Darstellung

3.3.1 Regelung der Kompetenzen und Qualifikationen

Direktor und Stiftungsrat

Stellt sicher, dass alle für die Palliative Care erforderlichen Ressourcen zur Verfügung stehen.

Palliative Care Leiterin / Leiter (B2)

- ist Pflegefachperson HF / FH mit höherer Palliative Care Weiterbildung B2
- unterstützt die Gästebetreuung bei Bedarfsabklärungen sowie bei Übertritt von einer anderen Institution in die Stiftung VitaTertia
- beurteilt Palliative Care-Situationen auf Anfrage der Bezugspersonen oder Tagesverantwortlichen und leistet Support
- kontrolliert die palliativen Behandlungspläne und interveniert gezielt
- führt interne Palliative Care Weiterbildungen für die Pflege durch
- koordiniert und pflegt das interdisziplinäre Netzwerk und fördert dadurch die Zusammenarbeit
- plant und leitet zwei Mal pro Jahr eine Sitzung mit dem Multiprofessionellen Palliative Care Team
- entwickelt die Palliative Care weiter und sorgt für die Einhaltung der Richtlinien von *palliative.ch* (*qualitépalliative*)
- vertritt die Organisation im Palliative Care Gefäss der Heime in Gossau
- nimmt an den «Interprofessionellen Netzwerktreffen der Langzeitpflege und Palliative Care» teil, Organisation durch *palliative.ch*

Interprofessionelles Team (A2 – B2)

- Zusammenarbeit zwischen dem internen Pflegebereich, dem hausärztlichen Fachpersonal und den externen Fachstellen.
- In der Stiftung VitaTertia wird alles darangesetzt, mit den Palliative Care-Partnern und kontinuierlich mit den Hausärzten eng zusammen zu arbeiten.
- Aus den Flow Charts zum Symptommanagement und zur Entscheidungsfindung wird ersichtlich, wer wann zugezogen werden muss.

Internes Palliative Care Team (A2 - B1)

- Verantwortliche der Abteilungen und in Palliative Care
- Stellen sicher, dass der Prozess auf den Abteilungen funktioniert, und stehen für Fragen zur Verfügung
- ist Bestandteil des Multiprofessionellen Teams

Tagesverantwortliche Pflege und Teamleitung (TV, TL) (A2)

- unterstützt die Bezugsperson
- hat auf der Abteilung die Übersicht über die Palliative Care Situationen
- arbeitet an Schnittstellen mit dem interdisziplinären Team zusammen

Pflege Bezugsperson

- ist Pflegeperson der Sekundär- oder Tertiärstufe (A1 –A2)
- trägt die Fallverantwortung, erstellt den Betreuungsplan
- leistet die allgemeine Palliative Care Pflege in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden des interdisziplinären Teams
- informiert die Tagesverantwortliche der Pflege und die Teamleitung über die Situationen
- beteiligt sich beispielsweise an Rundtischgesprächen, Fallbesprechungen und organisiert diese mit
- ist Kontaktperson für die nahen Bezugspersonen und das interdisziplinäre Team

Aktive Tagesgestaltung (A1)

- unterstützt die körperlichen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten, ressourcenorientiertes Arbeiten ist ein wichtiger Bestandteil
- koordiniert den Einsatz von freiwilligen Helfenden nach Absprache mit den Teamleitungen

Nahe Bezugspersonen (A1 – A2)

- werden als Partner betrachtet und bei Entscheidungen und wenn gewünscht bei der Pflege und Betreuung miteinbezogen
- unterstützen die Bewohnenden im Entscheidungsfindungsprozess
- werden auf Wunsch der Bewohnenden verständlich und umfassend informiert

Technischer Dienst (A1)

- stellt die notwendige Infrastruktur zeitnah zur Verfügung und richtet die Zimmer entsprechend ein
- geht auf die speziellen Situationen und Wünsche der Bewohnenden und deren nahen Bezugspersonen ein
- richtet das Zimmer für nahe Bezugspersonen ein, wenn der Wunsch besteht, dass sie im Zimmer der Bewohnenden übernachten
- begegnet den Bewohnenden und den nahen Bezugspersonen wertschätzend und empathisch

Küche (A1)

- berücksichtigt spezielle Bedürfnisse wie beispielsweise aromatisierte Eiswürfel, Joghurt, pürierte Kost, Glace, usw.
- stellt Wunschkost für ausserordentliche Zeiten zur Verfügung, welche auf der Abteilung zur gewünschten Zeit serviert, wird
- die Verpflegung von nahen Bezugspersonen ist offeriert, wenn Bewohnende in der finalen Phase sind, die Dauer dieses Angebotes wird nach interprofessioneller Absprache situationsspezifisch festgelegt

Service (A1)

- begegnet den Bewohnenden und nahen Bezugspersonen beim Restaurantbesuch empathisch und wertschätzend
- erkennt Abweichungen wie beispielsweise verändertes Essverhalten, leiten dies der tagesverantwortlichen Pflege weiter und dokumentieren die Beobachtungen im Ordner
- der Informationsaustausch über Situationsveränderungen ist sichergestellt
- Trauerkarte wird von Leitung Service geschrieben Bewohnende sowie Mitarbeitende haben die Möglichkeit diese Karte zu unterschreiben
- Verabschiedung im Speiseaal beim Sitzplatz der verstorbenen Bewohnenden mit einigen Worten und einer Schweigeminute
- Begleitung der Angehörigen mit kurzen Gesprächen

Hauswirtschaft (A1)

- beobachtet und meldet Veränderungen bei Bewohnenden
- geht bei der Raumpflege behutsam vor und nimmt auch Rücksicht auf die Bewohnenden und nahen Bezugspersonen
- pflegt ihre Beziehung zu den Bewohnenden und den nahen Bezugspersonen rücksichtsvoll
- zeigt Flexibilität und spricht sich bezüglich des Zeitpunktes für die Reinigung mit der Pflege ab

Empfang (A1)

- nimmt die Anliegen der Bewohnenden und nahen Bezugspersonen entgegen und leitet diese bei Bedarf weiter

- richtet im Todesfall das Kondolenzbuch mit einem Eintrag her, gestaltet die Trauerkarte, stellt Kerzen, Blumen, Fotos und Kärtchen mit der Information an definierten Stellen auf

Buchhaltung (A1)

- beantwortet Fragen bezüglich der Rechnung, kommuniziert verständlich, wertschätzend und arbeitet im Kundenkontakt lösungsorientiert

Gästebetreuung (A1)

- führt Interessenten in einem Rundgang durch die Häuser und nimmt Informationen, Bedürfnisse sowie Wünsche auf
- bezieht vor dem Eintritt die Pflege mit ein, um die palliative Situation einzuschätzen
- bleibt während dem ganzen Aufenthalt in der Stiftung VitaTertia eine Ansprechperson für die Bewohnenden und deren nahe Bezugspersonen

3.4 Externe Partnerschaften

Multiprofessionelles Team

- Besteht aus dem internen Palliative Care Team, Fr. Kherbèche Hausärztin, Andy Givel Seelsorge und der Palliative Care Verantwortlichen der Stiftung VitaTertia (B2)
- bespricht wichtige Themen, die der Weiterentwicklung der Palliative Care in der Stiftung VitaTertia dient

Palliativer Brückendienst

- leistet Support und Beratung auf Anfrage
- Schmerzpumpe kann über den Palliativen Brückendienst ausgeliehen werden
- kann zum Thema Spiritual Care beigezogen werden, zwei Mitarbeitende verfügen über einen Certificate of Advanced Studies (CAS) in Spiritual Care der dazugehörige Flyer ist im Prozess verknüpft.

Hausärztliches Fachpersonal

- visitieren nach Bedarf die Bewohnenden der Stiftung VitaTertia
- füllen das Formulars «Palliativen Reservemedikation» aus
- stehen bei Fragen oder Problemstellungen im regelmässigen in telefonischem oder schriftlichem Kontakt mit Pflegenden, sind für Palliative Situationen teilweise Tag und Nacht erreichbar
- ist für alle medizinischen Belange weisungsbefugt

Ambulatorium Alters- und Neuropsychiatrie St.Gallen

- spezialisiertes Angebot für psychiatrische Abklärung und Therapien für Menschen ab dem 60. Lebensjahr, bieten bei Bedarf Hausbesuche an

Sozialdienst ProSenectute

- steht bei Fragen zur Vorsorge, sozialen Anliegen und administrativen Angelegenheiten beratend zur Seite

Seelsorge

- verfügt über professionelles Wissen bezüglich Palliative Care, speziell Spiritual Care
- macht auf Wunsch der Bewohnenden und/oder der nahen Bezugspersonen seelsorgerische Besuche und führt Gespräche

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie

- kommen für die Therapien auf Wunsch und gemäss ärztlicher Verordnung ins Haus

Hospizdienst St. Gallen und interne Freiwillige

- beteiligen sich an der Palliative Care im Einverständnis mit den Bewohnenden und/oder der zuständigen nahen Bezugspersonen und den Pflegenden
- leisten Sitzwache, Dasein, Handreichungen usw.

Forum Gossau Tannenberg (ist eine Untergruppe von Palliative Ostschweiz)

- vereint diverse Gesundheits- und Betreuungsspezialisten aus den Regionen Tannenberg
- enge Kooperation mit den Palliativspezialisten des HOCH Health Ostschweiz und der Krebsliga
- bei Bedarf Umsetzung von Palliative Care in der Region
- stellt Arbeitsinstrumente zur Verfügung
- ist öffentlich aktiv

Spital, Klinik

- organisiert und koordiniert mit den nahen Bezugspersonen, dem Hausarzt, der Pflege und Gästebetreuung zusammen die Übertritte

Ethik

- Bei ethisch komplexen Fragestellungen können wir uns jederzeit bei Dr. med. Ulrike Ehlers melden.
- ethische Fallbesprechungen auf Anfrage durch Arnd Zettler Ethik im Gesundheitswesen

3.4.1 Kommunikationsgefässe für die Förderung interdisziplinäre Zusammenarbeit

Morgenflash

Der Morgenflash findet in der Stiftung VitaTertia jeden Morgen statt. Es handelt sich dabei um einen internen, interprofessionellen Austausch über spezielle Situationen sowie wichtige Informationen von Bewohnenden, anstehende Termine und Besprechungen.

Beteiligt sind alle Bereichsleitungen oder deren Stellvertretungen, Teamleitungen oder die Tagesverantwortlichen der Pflege, Mitarbeitende des Empfangs, die Gästebetreuerin und der Direktor.

Kommunikationsmittel

Je nach Situation wird das geeignete Kommunikationsmittel gewählt:

- das Rundtischgespräch wird dann geführt, wenn es wichtig ist, eine Situation von unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten und im interdisziplinären Team Lösungen zu finden. Dazu gehören auch die nahen Bezugspersonen und die relevanten Beteiligten des Interprofessionellen Teams.
- die Fallbesprechung dient dem Behandlungsteam dazu, eine Situation aus fachlicher Sicht zu reflektieren und Lösungsmöglichkeiten zu finden und zu priorisieren.
- die Feedbackrunde ermöglicht dem Behandlungsteam, schwer zu ertragende Situationen oder Themen der Zusammenarbeit zu reflektieren.
- aus Datenschutzgründen findet der Datenverkehr via E-Mails über geschützten HIN-Adressen statt
 - Gästebetreuung nimmt an Treffen von Sozialarbeitenden der Ostschweiz teil, welche zweimal jährlich stattfinden und informiert über die Möglichkeiten und Angebote von Palliative Care in der Stiftung VitaTertia
 - Jeden ersten Donnerstag im Monat findet der Abend der offenen Türe statt, der Direktor informiert jeweils über unser Angebot von Palliative Care.

3.5 Support



Support

Aufbau von Unterstützungssystemen für die Angehörigen, auch über den Tod hinaus; Unterstützungsmöglichkeit auch für die beteiligten Fachpersonen.

Abbildung 9: Support

Anmerkung. palliative ostschweiz, ohne Datum

3.5.1 Unterstützung von nahen Bezugspersonen

Die Mitarbeitenden der Stiftung VitaTertia begegnen den nahen Bezugspersonen stets zuvorkommend, wertschätzend und empathisch. Wann immer möglich, werden die Bezugspersonen in die Betreuung und Pflege miteinbezogen. Die enge Zusammenarbeit mit der Bezugsperson der Pflege ermöglicht, hilfreiche Gespräche, die beim Abschiednehmen oder im Todesfall unterstützend sein können.

Während des Sterbeprozesses, insbesondere in der finalen Phase, begleitet die Bezugsperson oder die tagesverantwortliche Pflegepersonen die Betroffenen einfühlsam und unterstützend. Durch ihre Fachkompetenz sind sie in der Lage, wichtige Informationen zu Symptomen und Verhaltensweisen in dieser Phase verständlich zu vermitteln und auf individuelle Wünsche einzugehen.

Die nahen Bezugspersonen werden bei Bedarf zu Rundtischgesprächen eingeladen, bei denen eine einfühlsame und klare Kommunikation im Mittelpunkt steht. Die Mitarbeitenden der Stiftung VitaTertia legen grossen Wert auf eine lösungsorientierte Zusammenarbeit mit Bewohnenden und ihren nahen Bezugspersonen.

Beim Tod eines Partners / einer Partnerin, der / die in derselben Wohnung gelebt hat, steht die Bezugspflegekraft der zurückbleibenden Person während des Trauerprozesses unterstützend zur Seite – ein Prozess, der sich über Wochen oder sogar Monate erstrecken kann.

3.5.2 Unterstützung von Mitarbeitenden

Unterstützende Teamkultur:

Die Stiftung VitaTertia unterstützt die Entwicklung der Teamkultur mit verschiedenen Aktivitäten, Anlässen und zahlreichen Benefits.

Selbstpflege, Selbstsorge:

Es liegt in der Selbstverantwortung der Mitarbeitenden, sich bei speziellen Bedürfnissen zu melden. Bei sehr belastenden Situationen wird eine externe Fachperson für das Coaching zugezogen. Bei den täglichen Rapporten können schwierige Situationen zusammen besprochen werden, die Teamleitungen unterstützen die Mitarbeitenden dabei.

3.5.3 Kultur des Abschiednehmens

Information und Möglichkeit zur Beileidsbekundung

Die Mitarbeitenden vom Empfang bereiten im Todesfall das Kondolenzbuch vor, in das Mitbewohnende, nahe Bezugspersonen, wie auch Mitarbeitende der Stiftung VitaTertia, Einträge oder Zeichnungen machen können. Das zuständige Pflorgeteam gestaltet nach jedem Todesfall, einen individuell passenden Eintrag oder eine Zeichnung zum Gedenken an die verstorbene Person. Sowohl auf der Abteilung als auch am Empfang werden Kerzen entzündet, eine Andachtstafel mit Foto aufgestellt und Blumen arrangiert, um eine würdige Atmosphäre des Abschieds zu schaffen.

Abschiedsräume, Aufbahrung

Der / die verstorbene Bewohner / in wird gemäss den vorgängig geäusserten Wünschen hergerichtet. Die entsprechenden Informationen sind im Formular «Wünsche und Bedürfnisse» festgehalten. Die Verstorbenen erhalten nach dem Herrichten einen Rosenstrauss in die Hand, dieser wird vom Empfang bestellt. An Samstagen kümmern sich die verantwortlichen Pflegenden darum.

Wann immer möglich, wird der/die verstorbene Bewohnende in ihrem Zimmer hergerichtet, sodass das letzte Abschiednehmen für die nahen Bezugspersonen dort stattfinden kann.

Im Haus Gerbhof steht der Raum der Stille zur Verfügung, der genutzt wird, wenn die verstorbene Person in einem Zweibettzimmer oder in einer Wohnung mit dem/der Partner/in zusammenge-wohnt hat.

Abschied für Mitarbeitende

Die Firma Reimann übernimmt die Einsargung und Abholung der verstorbenen Person. Der Direktor oder eine beauftragte Mitarbeiterin oder ein Mitarbeitender sowie das anwesende Pflegepersonal begleiten den Verstorbenen hinaus. Auch alle anderen Mitarbeitenden haben die Möglichkeit daran teilzunehmen.

Eine beauftragte Person nimmt an der Abschiedszeremonie teil, die als Arbeitszeit gilt.

Abschied für Mitbewohnende – Gedenken

Nach jedem Todesfall findet am darauffolgenden Montag in der Singgruppe ein Abschiedsritual statt. Eingeladen sind nebst den Bewohnenden auch die Angehörigen des/der Verstorbenen sowie die Mitarbeitenden der Stiftung VitaTertia. Die für das Abschiedsritual verwendete Kerze wurde von den Fachangestellten Gesundheit (FAGE)-Lernenden im Rahmen des Lerntags zum Thema Spiritual Care gestaltet. Am Ende jedes Quartals werden die Verstorbenen sowohl im evangelischen als auch im katholischen Gottesdienst namentlich verabschiedet und ihrer gedacht. Dabei wird die Laterne mit der Kerze vom Abschiedsritual der Aktivierung aufgestellt und angezündet. Jährlich am 24. Dezember finden die besinnlichen Momente statt, bei denen an alle Verstorbenen erinnert wird.

Nachgespräche

Die Kontaktaufnahme für ein Nachgespräch mit der nahen Bezugsperson wird durch die pflegerische Bezugsperson geplant, durchgeführt oder delegiert.

Trauercafé

Der Treffpunkt für Trauernde im Friedegg-Treff Gossau wird ökumenisch von der evangelischen und der katholischen Kirchgemeinde Gossau geleitet. Die Teilnahme ist niederschwellig, kostenlos und bedarf keiner Anmeldung. Die Stiftung VitaTertia informiert die nahen Bezugspersonen über diese Möglichkeit, ebenso liegen beim Informationskorporus Flyer auf.

Trauerbegleitung

Im Prozess ist bei der Entscheidungsfindung unter Todesfall der Flyer «Kontaktauswahl Trauerbegleitung und Abschiedszeremonien Stadt St. Gallen und Umgebung» des Palliative Care Forums St. Gallen verlinkt. Dieser enthält eine Übersicht der Anlaufstellen zur Trauerbegleitung in den verschiedenen Regionen.

4 Betriebliche Strukturen für Palliative Care

Es stehen diverse Hilfsmittel wie Pflegebett, Wechseldruckmatratzen, Gegensprechanlagen, Positionierungsmaterial, Pflegerollstuhl, Patientenlift, Snoezelenwagen, Aromatherapie, CD-Player zur Verfügung.

Für die Bewohnende, welche im Verlauf ihres Aufenthaltes Palliative Care benötigen, steht ihr Zimmer oder ihre Wohnung weiterhin zur Verfügung.

In der interprofessionellen Zusammenarbeit und in der Zusammenarbeit über die Institutionsgrenzen hinaus werden gemeinsame Lösungen angestrebt.

5 Kompetenzen der Mitarbeitenden

Alle Mitarbeitenden der Stiftung VitaTertia haben den Palliativen Basiskurs A1 absolviert.

Alle Pflegefachpersonen der Sekundärstufe absolvieren den A2 Weiterbildungskurs. Pflegefachpersonen der Tertiärstufe, welche den A2 Kurs nicht während ihrer Ausbildung machen, absolvieren ebenfalls den Weiterbildungskurs A2.

Im Tagdienst arbeitet immer eine Pflegefachperson mit einem absolvierten Weiterbildungskurs A2. Neue Mitarbeitende, die ohne Basiskurs eintreten, werden diesen nach der Probezeit besuchen. Bei der Einführung neuer Mitarbeitenden aller Bereiche wird das Palliative Care Konzept erläutert. Dies ist ein Bestandteil der Informationsveranstaltung für neue Mitarbeitende, welche vom Direktor durchführt, wird.

Die internen Weiterbildungen werden durch die Leiterin Palliative Care durchgeführt, welche die Weiterbildung CAS-Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care (Niveau B2) absolviert hat. Diese internen Weiterbildungen richten sich nach den aktuellen Themen oder Situationen.

6 Meilensteine für die Einführung

2018 / 2019 Einführung Teil 1: Pflege- und Betreuungsbereich

- Das erweiterte Projektteam – die Bereichsleitungen, sind über den Inhalt des Palliative Care-Konzeptes informiert und kennen den Plan für die Umsetzung.
- Alle Mitarbeitenden sind über den Inhalt des Palliative Care Konzeptes informiert und kennen den Plan für die Umsetzung. Die Mitarbeitenden kommen näher mit der Palliative Care in Berührung. (Workshops an den Kulturtagen)
- Voraussetzungen für die Umsetzung des Palliative Care Konzeptes sind geschaffen.
- Pflegedokumentation ist im ganzen Betrieb konsequent angewendet. Die Pflegeplanung für alle Bewohnenden ist fachgerecht geführt.
- Der palliative Behandlungsplan ist eingeführt, wird angewendet und evaluiert.
- Die personelle Situation (Pflege) wird gemäss dem Modell 3.3. Netzwerk eingeführt.
- Der Palliative Care Prozess nach SENS-Modell wird eingeführt. Alle notwendigen Arbeitsgrundlagen stehen zur Verfügung.
- Reflexion aller Palliative Care Situationen; Weiterentwicklung und Integration der Erkenntnisse.

2019 / 2020 Einführung Teil 2: Interprofessionelle Zusammenarbeit.

2020 - 2021 Zertifizierungsprozess

2021 Label Vergabe durch qualitépalliative

2022 schriftliche Zwischenevaluation

2023 Zwischenauditierung vor Ort (15.09.2023)

2025 Re-Zertifizierung

7 Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung

- Qualitätszirkel mit dem multiprofessionellen Team, einberufen durch die Palliative Care Leitung.
- Interne Audits nach der Kriterien Liste von palliative.ch und nach den Empfehlungen aus dem Zertifizierungsprozess
- Externe Audits durch qualitépalliative

- Evaluation des Konzeptes aufgrund der Auflage 1 aus dem Zertifizierungsprozess durch den Leiter Pflege und Betreuung, die Leiterin Palliative Care und die Teamleitungen Februar – April 2021
- Evaluation und Überarbeitung erfolgte durch Leitung Palliative Care April 2023
- Evaluation 1. Quartal 2025 durch Leitung Palliative Care
- nächste Evaluation durch Leitung Palliative Care 2027 oder bei Bedarf früher

8 Impressum

Bearbeitungszeit:	März 2017 – März 2018
Projektleitung:	Monika Müller-Hutter, Organisationsberatung MSc St.Gallen
Projektteam:	Catrina Maissen, LPD, Monika Zellweger, Pflegefachfrau HF
Erweitertes Projektteam Bereichsleitungen:	Evi Kühni, BL Hauswirtschaft; Lars Metzger; BL Küche; Markus Keller, BL Technische Dienst; Karin Klaus, BL Administration; Barbara Auf der Maur, BL Service & Veranstaltungen
Fachberatung:	Katharina Linsi, Geschäftsführerin <i>Palliative Ostschweiz</i>
Vernehmlassung:	Markus Christen, Direktor; alle Bereichsleitungen, Projektteam, Eveline Brovelli, Teamleitung Pflegeabteilung; Ellen Hellmich, Teamleiterin Wohngruppe; Susann Wyziorczyk, Pflegefachfrau; Heidi Smanio, Teamleitung Aktivierung; Kendra Merz Pflegefachfrau HF
Lektorat:	Lotti Linsi
Layout:	Katja Kuster, Gästebetreuerin/SB Personalwesen; Monika Müller-Hutter
Genehmigung:	Der Stiftungsrat hat am 4. April 2018 das vorliegende Konzept besprochen und genehmigt, sowie die Umsetzungsphase initiiert.
Evaluation:	2020 Überarbeitung durch Leitung Palliative Care 2021 Überarbeitung aufgrund von Auflage 1 2021 Genehmigung durch GL 2023 Evaluation und Überarbeitung durch Leitung Palliative Care 2025 Überarbeitung/Anpassung durch Leitung Palliative Care

9 Glossar

Nahestehende Bezugspersonen:

Zu den nahestehenden Bezugspersonen werden diejenigen Personen gezählt, die der kranke Mensch als solche bezeichnet. Es können dies nächste Verwandte wie Eltern, Kinder und Geschwister sein, Ehe- oder Lebenspartner/-partnerin und weitere Personen, mit der die kranke Person in einem Vertrauensverhältnis steht (auch ausserhalb der Verwandtschaft). (BAG & GDK, 2011, S. 26).

Kuration:

Die Medizin baut auf den drei Säulen «Kuration», «Prävention» und «Rehabilitation» auf. Der Begriff «curare» stammt aus dem Lateinischen und bedeutet «heilen». Das Therapieziel in der Kuration ist die Heilung der vorliegenden Erkrankungen. (BAG & GDK, 2011, S. 26).

MMS-System:

MMS setzt sich aus den fett markierten Buchstaben vom Begriff «**Managementsystem**» zusammen. Mit dem MMS wird das im VitaTertia aufgebaute und gelebte prozessorientierte Qualitätsmanagementsystem bezeichnet. Das MMS umfasst gemäss dem «Schlüssel zum Erfolg» (siehe Beilage) alle betrieblichen Elemente (Kultur, Strategie, Ablauf- und Aufbauorganisation). Die ebenfalls beiliegende «Managementsystem Strukturübersicht» definiert, welche Abläufe in welchen betrieblichen Prozessen zugeordnet sind und dient daher auch als Inhaltsverzeichnis und als Grundlage für das Datenmanagement (inOri GmbH, Otto R. (E-Mail 08.04.2025)).

10 Quellenverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit [BAG] und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren [GDK]. (2016). *Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (2014)*. Version vom 09. November 2016. Bern

- Bundesamt für Gesundheit [BAG] und palliative ch. (2018). *Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»*. Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Bern
- Bundesamt für Gesundheit [BAG], Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren [GDK] und palliative ch. (2014). *Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategien Palliative Care»*. Version vom 15. Juli 2014. Bern
- Bundesamt für Gesundheit [BAG], Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren [GDK] (2011): *Nationale Leitlinien Palliative Care*. Bern. Aktualisierte Version 2014
- Bundesamt für Gesundheit [BAG], Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren [GDK] und palliative ch (2015): *Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung*. Bern
- Bundesamt für Justiz [BJ]. (2023): *Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung*. Version von 30.01.2023. Bern: Bundesamt für Justiz
- Curaviva, Verband Heime und Institutionen Schweiz. (2011): *Palliative Care in der Stationären Langzeitpflege Positionspapier Curaviva Schweiz zur Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care*. Bern
- Eychmüller, S. (2014). *SENS – eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care*. Bern. Abgerufen von https://www.palliative-ostschweiz.ch/fileadmin/Dateiliste/palliative_ostschweiz/2015_SENS_Grafik_Fachartikel.pdf
- Nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (2023): *Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz*. Hrsg. Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Bern
- Palliative ostschweiz. (ohne Datum). *Palliative Care. SENS_Grafik*. Abgerufen von https://www.palliative-ostschweiz.ch/wp-content/uploads/2024/12/SENS_Grafik.pdf
- Rogner, M., Sommerauer, E. & Linsi, K. (ohne Datum). *Den Palliative Care Bedarf identifizieren. Entwicklung und Umsetzung des Palliative Care Bedarfs nach SENS (EPS) für die allgemeine Palliative Care*. Abgerufen von <https://lak.li/wp-content/uploads/Poster-Palliative-Care-Bedarf-EPS.pdf>
- Royal Dutch Medical Association [KNMG], Dutch Association of Physician Assistants [NAPA], Dutch College of General Practitioners [NHG], Dutch Internists Association [NIV], the Dutch Society for Clinical Geriatrics [NVKG], Dutch Society for a Voluntary End of Life [NVVE], Dutch Nursing Society [V&VN], the Society of Elderly Care Physicians [Verenso]. (2024). *Caring for people who stop eating and drinking to hasten the end of life*. Utrecht: KNMG. Abgerufen von <https://www.knmg.nl/actueel/publicaties/publications-in-english>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2018). *SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» Kernbotschaften zur Regelung der Suizidhilfe (Kapitel 6.2.1)*. Abgerufen von <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- inOri GmbH, externer Support für das prozessorientierte **Managementsystem** (MMS), www.inori.ch